

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

No

439

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques, Pierre, Léon CHANTEUX

Né le 9 octobre 1900 à Falaise (Calvados)

DE QUELQUES PARTICULARITÉS CLINIQUES
ET THÉRAPEUTIQUES

DANS LES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES
ROMPUES

(A propos d'une série de 50 cas opérés consécutivement et guéris)

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

66A

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques, Pierre, Léon CHANTEUX

Né le 9 octobre 1900 à Falaise (Calvados)

DE QUELQUES PARTICULARITÉS CLINIQUES
ET THÉRAPEUTIQUES

DANS LES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES
ROMPUES

(À propos d'une série de 30 cas opérés consécutivement et guéris)

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

I. — PROFESSEURS

MM.

Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène.	N...
Médecine légale	BAITHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.

MM.

HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

MM.

REPTERER . . . Histologie.
 TANON . . . Pathologie médicale.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	} Clinique chirurgicale.	GOUGEROT .	} Clinique médicale.
AUVRAY . .		LERI	
CHEVASSU .		MOCQUOT .	
LIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST . .	} Clinique chirurgicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDOUX-LEBARD	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE, LE DOCTEUR CHANTEUX

*Qui nous a inspiré le goût de notre
belle carrière et dont nous nous
efforcerons de suivre le noble exem-
ple de science et de dévouement.*

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de mon infinie recon-
naissance.*

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MON NEVEU

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de pathologie externe
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BRAINE

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, nous lui sommes particulière-
ment reconnaissant de l'aide qu'il
nous a apportée dans la rédaction
de ce travail et nous le prions d'ac-
cepter ici l'hommage de notre dé-
vouement,*

A TOUS NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE CAEN

A TOUS NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE RENNES

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

AVANT-PROPOS

Si la clinique et la thérapeutique des accidents liés à l'évolution d'une grossesse extra-utérine sont bien connues, il nous a semblé qu'il y avait quelque intérêt à rapporter les constatations particulières qui ont pu être faites au cours d'une série d'interventions d'urgence groupées au hasard du service de garde, pratiquées par le même chirurgien et de publier quelques-unes des observations choisies parmi celles de cette série qui présentent pour ce chapitre de chirurgie d'urgence un intérêt particulier : soit par la bilatéralité des lésions, la récurrence du côté opposé, le siège très interne sur la trompe, la coïncidence avec une appendicite.

Nous avons en outre cherché à retrouver un certain nombre de ces opérées. Pour dix d'entre elles nous avons pu connaître les suites éloignées de l'intervention et être ainsi renseigné sur la date et le mode de retour des règles après l'intervention, la possibilité de grossesses ultérieures, enfin la récurrence des accidents du côté opposé.

*
* *

Qu'il nous soit d'abord permis avant de publier ces observations que nous tenons grâce à l'obligeance et à la grande bienveillance du D^r JEAN BRAINE, chirurgien des Hôpitaux, chirurgien de la consultation de l'hôpital St-Antoine, de le prier de trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance pour avoir bien voulu s'intéresser ainsi à nous et nous fournir si aimablement tous les renseignements qui nous étaient nécessaires pour mener à bien ce travail.

ÉTUDE CLINIQUE

Dans un article paru dans le journal de *Médecine de Paris* (du 17 mai 1928), le Dr Jean Braine nous expose les constatations qu'il a faites au sujet de trente cas de grossesses extra-utérines « rompues » opérées et guéries ; constatations statistiques qui sont une contribution intéressante à la thérapeutique des grossesses ectopiques.

Le siège de la grossesse ectopique fut 16 fois le pavillon de la trompe (Obs. 2-9) 8 fois l'isthme — 4 fois la corne utérine — grossesse interstitielle (obs. 13-14) ; *les avortements tubaires constituent la majorité des cas.*

La trompe droite fut 2 fois plus fréquemment en cause que la trompe gauche. La coexistence d'une grossesse ectopique avec une appendicite fut notée 2 fois dont une avec un magma inflammatoire pseudo-tumoral englobant un appendice suppuré dans un foyer d'hématocèle (obs. 4). Un cas fut observé dans un sac de hernie inguinale volumineuse. Au moins 3 fois les accidents graves furent *précipités dans leur évolution par des touchers explorateurs brutaux et multipliés.* (Obs. 15).

L'âge de la grossesse correspondait à un *retard de*

règles moyen de 4 mois et demi ; les dimensions des fœtus quand ils furent trouvés, variant de quelques millimètres à 8 centimètres avec 2 cas de grossesses gémellaires dont un bilatéral.

Si maintenant nous reprenons les symptômes qui nous ont aiguillé sur la voie du diagnostic de ces grossesses ectopiques nous verrons qu'ils sont de 3 ordres : Signes de gravidité, signes de tumeur juxta-utérine, signes de ruptures : les hémorragies.

Le caractère essentiel de la gravidité ectopique en évolution c'est d'être une *grossesse douloureuse*. De plus ces douleurs ont une localisation latérale, elles siègent dans le bas ventre et les fosses iliaques avec irradiations vers la hanche et la cuisse correspondante. Il y a 3 types de ces douleurs :

a) DOULEURS PÉRITONITIQUES traduisant la réaction péritonéale et la formation de néomembranes autour du sac avec : fièvre, vomissements et météorisme abdominal.

b) COLIQUES SALPINGIENNES unilatérales, par accès pouvant simuler une colique appendiculaire répondant à des accroissements de tension tubaire ou à des poussées inflammatoires périsalpingées.

c) DOULEURS SYNCOPALES déchirantes à début brusque avec pâleur de la face, petitesse du pouls, lipothymie qui témoignent d'un épanchement sanguin qui se fait dans la séreuse et qui doivent faire craindre une complication en instance : hématosalpinx, avortement ou rupture (Obs. 2-9-11).

Un deuxième caractère essentiel : les *hémorragies* après un retard de règles de 8 à 15 jours, voire même de 1 mois, la femme a eu à plusieurs reprises des pertes ordinairement noirâtres, marc de café, peu abondantes, rarement rouges, exceptionnellement assez copieuses pour simuler les règles et égarer le diagnostic, accompagnées de débris de membranes qui sont des lambeaux de caduque où l'on reconnaît l'aspect criblé des orifices glandulaires.

Les signes sympathiques de la grossesse se retrouvent dans la grossesse ectopique mais peuvent être très réduits chez la primipare. Par contre ils sont plus marqués chez la femme restée stérile pendant plusieurs années.

On devra faire une exploration méthodique de l'utérus et des annexes. Cet examen sera pratiqué avec douceur de crainte de provoquer la rupture.

Le toucher, combiné au palper, renseignera sur la présence d'une *tumeur juxta utérine* occupant un cul-de-sac.

Grossesse extra-utérine après le 5^e mois

Les signes de certitude de la grossesse existent à ce moment, mais on note des phénomènes douloureux. Les mouvements actifs du fœtus peuvent provoquer des douleurs intolérables, il existe une hyperesthésie cutanée marquée. On peut observer des crises douloureuses avec accès de fièvre et accélération du pouls qui sont dues à des poussées de péritonite partielle.

A l'examen. — On reconnaît le kyste fœtal dévié latéralement et de forme irrégulière. Au palper on peut sentir des parties fœtales qui sont mieux accessibles que dans la grossesse utérine normale en raison du siège plus superficiel de la tumeur fœtale et surtout de la minceur de ses parois. A côté de la poche gravidique on reconnaît l'utérus augmenté de volume plus mou que normalement et qui se contracte sous la main qui le palpe.

A l'auscultation, si le fœtus est vivant dans le cas d'une grossesse abdominale on perçoit les bruits du cœur fœtal, les mouvements actifs et un bruit de souffle maternel.

Par le toucher vaginal, on apprécie la déviation et le ramollissement du col. Dans le Douglas séparé de l'utérus par un sillon on trouve le pôle inférieur du kyste fœtal.

DIAGNOSTIC

a) Avant le 5^e mois

Diagnostiquer précocement dans les 2 ou 3 premiers mois une grossesse extra-utérine en évolution, c'est-à-dire avant ses complications est d'une importance capitale, puisqu'ainsi l'on devance les accidents redoutables qui sont dès les premiers mois le terme fatal de la gravidité ectopique et puisque l'on substitue à la gravité de l'intervention d'urgence en pleine hémorragie la laparotomie prophylactique dont la bénignité est absolue.

Ce diagnostic précoce est difficile, cependant faisable c'est pour cela qu'il faut toujours y penser. Il faut savoir que la lésion est fréquente et que nous pouvons retirer d'un examen méthodique de la femme ainsi que d'un examen local attentif des renseignements qui pourront nous guider vers une intervention opératoire. On fera une anamnèse détaillée, un palper combiné au toucher soigneux, un examen de caillots et de débris expulsés, un toucher rectal, voire même un cathétérisme vésical mais on renoncera au cathétérisme utérin comme dan-

gereux et infidèle. Les éléments essentiels de ce diagnostic sont l'existence des troubles sympathiques d'une grossesse au début, un retard de règles souvent peu considérable masqué par des pertes sanguines anormales. Le point capital est surtout la *forme douloureuse* de cette grossesse, les pertes sanguines brun chocolat, l'hypertrophie de l'utérus, la présence d'une tumeur juxta-utérine latérale ou latéro-postérieure. En pratique il s'agit d'une femme de 25 à 38 ans (Obs. 1) plus souvent aux environs de la trentaine, multipare (Obs. 2-12) n'ayant pas eu d'enfants depuis un certain nombre d'années, la malade vient consulter pour un début douloureux de grossesse et pour des pertes sanguines irrégulières.

Il faut insister sur le caractère de ces pertes qui prennent l'aspect d'un suintement continu peu abondant de sang noirâtre, ou de teinte chocolat avec de petits caillots. Au milieu de ce sang noirâtre on découvre des débris de membranes, c'est la caduque qui s'expulse par lambeaux. Quelquefois elle s'éliminera en bloc reproduisant le moule de la cavité utérine agrandie et cette expulsion en entier peut en imposer pour un avortement utérin; le moule cavitaire étant pris pour un œuf jeune dont l'embryon se serait perdu dans les caillots. C'est là l'erreur la plus commune, on croit que la malade a fait une fausse-couche vraie par avortement d'un œuf utérin alors que l'œuf extra-utérin peut continuer à évoluer. On vérifiera les débris éliminés et après un examen attentif par palper et toucher combinés on vérifiera l'existence d'une tumeur juxta-

utérine. Le signe capital de grossesse ectopique est, en effet, la douleur et la présence auprès d'un utérus légèrement augmenté de volume d'une tumeur qui se développe d'une façon constante et progressive.

1° Cas où l'on méconnaît une grossesse ectopique :

les troubles sympathiques ont été très réduits et la suspension des règles a été marquée par la présence des hémorragies externes. Ce qui domine la sémiologie c'est la présence de cette tumeur juxta-utérine. On a pu penser à un fibrome latéro-utérin, à un fibrome de l'ovaire ou à un kyste de l'ovaire. Les phénomènes douloureux, ces coliques salpingiennes aiguillent le diagnostic vers une annexite, salpingite chronique ou pyosalpinx. On a pu faire erreur aussi avec l'appendicite avec douleurs violentes, des coliques appendiculaires dans une appendicite bas-située dans la fosse iliaque en rapport avec l'ovaire droit.

2° Cas où l'on croit à une grossesse ectopique alors qu'il s'agit d'une grossesse intra-utérine normale :

l'utérus gravide rétrofléchi peut être pris pour une poche gravide ectopique prolabée dans le Douglas.

Il existe dans les deux cas des phénomènes douloureux et des signes de compression. Cependant dans la rétroversion gravide le corps utérin n'occupe plus sa place normale derrière le pubis et on ne trouve pas deux tumeurs voisines. La tumeur du Douglas se continue sans séparation appréciable avec le col, et la résistance de l'utérus diffère de la fluctuation du kyste fœtal, une latérotation de l'utérus gravide peut être aussi une cause d'erreur.

Dans la forme localisé, la *ponction exploratrice du Douglas* préconisée justement par J. L. Faure donne de précieux renseignements.

3° La *grossesse angulaire* utérine est souvent difficile à diagnostiquer de la grossesse tubaire interstitielle ; au palper on perçoit une double tuméfaction, l'une presque médiane sus-pubienne qui est l'utérus augmenté de volume, l'autre accolée à l'un de ses flancs répond à l'un des angles de la matrice, bien latérale ou même antérieure, jamais postérieure, molle faisant corps avec l'utérus séparé par un sillon oblique. Telle est la difficulté du problème à résoudre ; cette tumeur est-elle une corne gravis, une trompe gravis ou encore une tumeur annexielle para-utérine fluctuante, ou même un utérus gravis ? Les travaux de Bar et de Lequeux nous ont apporté quelques précisions à ce sujet et le signe de Bar peut avoir une certaine utilité : *l'orientation de la corne gravis est latérale et souvent latéro-latérale alors que celle de la trompe gravis est postérieure et tombe dans le Douglas*. Duroch a insisté sur l'existence d'un sillon de séparation entre l'utérus et la trompe.

L'attente permet souvent de trancher le diagnostic ; en effet un examen au 3^e et 4^e mois permet de constater que la tumeur juxta-utérine tend à disparaître, l'asymétrie angulaire de l'utérus s'efface, l'utérus se développe régulièrement et le diagnostic de grossesse utérine normale s'affirme.

Mantel dans les *Annales de gynécologie* de 1907 publie un cas de grossesse dans un utérus double opérée pour

grossesse extra-utérine. Le diagnostic des complications est plus aisé et c'est leur apparition qui permet de poser le diagnostic de grossesse ectopique.

b) Après le 5^e mois

Cliniquement c'est l'éventualité exceptionnelle, dans ce cas l'œuf ectopique abdominal a continué à vivre, les signes de certitude de la grossesse (mouvements actifs, bruits du cœur fœtal) ont apparu; mais les douleurs, les pertes de sang, les poussées de péritonite attirent l'attention sur le caractère anormal de cette grossesse. Le toucher combiné au palper permet d'isoler l'utérus de la tumeur fœtale et de reconnaître qu'il est repoussé sur le côté opposé à la tumeur, qu'elle est fixe, irrégulière non ovoïde et latérale. Cependant on a pu prendre une grossesse utérine normale pour une grossesse ectopique chez une multipare à parois minces chez laquelle on sentait nettement les parties fœtales. Dans le cas de mort du fœtus, les sensations fournies par le palper deviennent vagues quand un kyste de l'ovaire coïncide avec une grossesse, aussi quand une grossesse extra-utérine coïncide avec une grossesse normale.

On avait proposé dans ce cas le toucher fait intra-utérin ou encore l'hystérométrie, mais les manœuvres intra-utérines étant capables de déterminer un avortement ou la rupture tubaire, mieux vaut s'en abstenir de toute façon.

La radiographie a été employée dans ce cas mais c'est un moyen infidèle.

Le diagnostic de la variété de grossesse ectopique est impossible : la *forme la plus fréquente est la forme tubo-ampullaire*. D'autre part on sait que lorsqu'une grossesse ectopique a dépassé le 3^e mois, il est exceptionnel qu'elle soit demeurée strictement tubaire. L'œuf est sorti partiellement ou même en totalité de la trompe et la grossesse devient : tubo-abdominale, tubo-ovarienne ou bien abdominale pure. La grossesse ovarienne, la grossesse abdominale primitive sont toujours des surprises d'intervention ou d'autopsie et ne sauraient être affirmées qu'après une étude histologique minutieuse.

Quand il y a rétention de fœtus mort, on ne confondra pas le kyste fœtal avec un fibrome utérin, une ancienne hématocele pelvienne et surtout un kyste dermoïde ou encore un embryome de l'ovaire. C'est l'étude attentive des commémoratifs et la notion d'une grossesse qui n'a pas été suivie d'accouchement qui permettront d'éviter l'erreur.

On voit d'après l'étude des observations publiées que pour la plupart sauf une, le diagnostic a été relativement facile. Soit que comme dans les observations (n° 1, 9, 6, 7, 10, 11) un gros signe, comme *douleurs syncopales*, ou encore retard de règles avec phénomènes abdominaux douloureux ; enfin dans les antécédents, comme dans l'observation n° 2 où on a pu rencontrer déjà une histoire de grossesse ectopique rompue

Cependant, l'observation n° 4 où l'on signale la

coexistence d'une appendicite aiguë et d'une hématoçèle, le diagnostic n'est pas sans avoir été plus délicat, l'intervention ayant confirmé une lésion de ces deux organes a donné raison à chacun si les avis étaient partagés quant au siège de la maladie.

Enfin dans l'observation n° 5 le diagnostic est de beaucoup plus délicat, car il s'agit là, il y a des présomptions, soit d'une *perforation par instrument piquant* introduit au cours de manœuvres abortives au travers de la corne droite, soit d'une grossesse tubaire au niveau de la corne utérine droite. L'examen histologique pratique ne montre pas qu'il s'agisse seulement d'une nidation de l'œuf dans cette partie de la trompe, enfin les suites septiques de l'intervention que le diagnostic de perforation criminelle serait plus fondé que celui de rupture de grossesse ectopique, néanmoins c'est un cas difficile qui vaut d'être signalé.

PRONOSTIC

Grâce à l'intervention d'urgence, le pronostic de ces grossesses ectopiques est nettement favorable. Dans la série des 30 cas publiés, tous ont guéri d'une façon parfaite. D'ailleurs l'âge des malades de 25 à 35 ans, leur robuste constitution leur permettent de se relever rapidement et de récupérer les forces perdues, par les hémorragies abondantes et le choc abdominal.

La plupart d'entre elles, revues soit au cours des dernières années, soit même ces derniers mois, nous ont montré un excellent état général. *Elles ont repris leurs occupations, parfois de durs métiers* dont elles supportent les fatigues.

D'ailleurs chez quelles malades se présentent ces accidents ? le plus souvent, et les cas publiés en font foi, chez des femmes jeunes, qui travaillent, le plus souvent à de durs travaux, nous voyons en outre que ce sont des *multipares*, ayant eu soit 2 grossesses, 10 ans auparavant (obs. 1), soit 3 et une grossesse extra-utérine d'un côté et une récidue un an après de l'autre côté, soit 9 (observation 12).

Chez aucune nous n'avons relevé d'affections annexielles

préalables ce qui dans l'étiologie fort obscure de ces grossesses fait tomber l'argument de sténose inflammatoire de coudure de la trompe, à la suite de salpingite ancienne.

Quant à la question du *retour des règles* après l'intervention, nous avons pu constater chez la malade de l'observation n° 1 que les règles revinrent 2 mois après l'intervention et depuis elle est toujours bien réglée. La malade de l'observation n° 2 a revu ses règles 2 mois après l'intervention pendant 4 mois puis par intermittence pendant 18 mois ; depuis 2 ans elles ont complètement disparu.

La malade de l'observation n° 7 opérée en juillet 1926, âgée de 28 ans, revit ses règles le 3 octobre 1926, régulières, non douloureuses, mais pas aussi abondantes qu'avant l'intervention — et depuis cette époque jusqu'à ces derniers mois elle était toujours *parfaitement réglée* et présentait un excellent état général.

Enfin la malade de l'observation 10 actuellement âgée de 40 ans présente elle aussi un excellent état général, ses règles ont réapparu dans les mois qui suivirent l'intervention et furent après toujours *régulières et non douloureuses*.

Quant à la question des grossesses postérieures à l'intervention dans la série des trente cas consécutifs 2 opérés ont été enceintes à la suite, à notre connaissance.

Si nous considérons les statistiques dressées par d'autres chirurgiens, nous verrons qu'en général le pronostic est excellent d'autant qu'on intervient précocement.

cement et qu'on est mieux armé en cas de rupture ou d'hémorragie. .

Sur 46 laparotomies, Albertin et Desgouttes ne notent que des guérisons. Sur 53 cas, Forgue ne signale qu'un décès par anémie irréparable. Il faut tenir compte dans le pronostic de la récurrence qui est fréquente (Smith, Lejars donnent 5 *récurrences* sur 64 cas opérés. Quand une grossesse utérine survient après une grossesse ectopique non opérée et le cas n'est pas rare, il est probable, en effet, qu'un grand nombre de grossesses ectopiques interrompues dans leur évolution dans les premiers jours doivent passer inaperçues. Puis se produit l'hématosalpinx par avortement tubaire.

CONDUITE OPÉRATOIRE

Voyons maintenant quelle conduite thérapeutique a été suivie et quelle a été la technique opératoire employée dans les différents cas que nous envisageons.

Toutes les malades ont été endormies à *l'éther* avec l'appareil d'Ombredanne, et la quantité d'anesthésique donnée a été minime, en rapport avec la diminution de la masse sanguine chez ces malades. Une seule fois (obs. 1) la *rachianesthésie* fut employée par nécessité, (manque d'aide — elle ne semble pas indiquée, aussi est-il préférable de *n'y recourir qu'en cas de nécessité absolue*).

Un réchauffement rapide est seulement nécessaire, car le chirurgien doit toujours être guidé par le principe d'agir vite, le pronostic de l'intervention en dépend. Comme chez tous *les grands hémorragiés* il est un point pratique à ne jamais oublier : la facilité avec laquelle le contact un peu prolongé d'une bouillote ou d'un appareil de réchauffement quelconque, même à basse température (50°-60°) peut faire des *brûlures étendues* qui mettent *des mois à se cicatriser*. Les injections de sérum chaud, voire même une transfusion, ne seront faites que

pendant ou après l'intervention, avant, elles seraient illusoires sinon néfastes par le temps précieux qu'elles feraient perdre. La *rapidité avec laquelle les malades se remontent* après l'intervention l'hémostase étant assurée, est d'ailleurs frappante chez des malades jeunes et vigoureuses, en général.

Suivant la règle absolue de la chirurgie d'urgence de faire le minimum pour s'assurer d'une guérison immédiate, chez toutes ces malades, nous avons eu, pour principe, d'aller au plus pressé et *d'assurer l'hémostase le plus promptement et le plus simplement possible.*

Le péritoine, d'aspect bleuâtre, étant ouvert on trouve du sang libre, du sang coagulé et enkysté ou encore un hématome déjà infecté.

Le sang libre n'est pas du sang non coagulé, la vieille histoire du pouvoir anticoagulant des séreuses est une erreur complète : le sang se coagule, les caillots sont redissous dans le sérum par le brassage des anses intestinales. C'est un liquide sanguiniforme, mort, toxique qu'il est indispensable d'évacuer aussi complètement que possible, sa présence n'a comme résultat que la possibilité de l'infection de ce liquide éminemment cultivable. Il faut assurer l'hémostase le plus promptement et le plus simplement possible ; dans la règle, en enlevant une annexe, au besoin en conservant l'ovaire du côté lésé si la chose est simple et facile. (Obs 1-2).

Si l'hématome est plus ou moins enkysté, le diagnostic du côté malade est loin d'être toujours évident (obs. 3). Des deux trompes prolabées dans le Douglas, au milieu des caillots seul un examen attentif permet dans les

cas fréquents d'avortement tubaire de reconnaître la trompe lésée. Dans un cas et pour cette raison, à cause aussi de l'âge de la malade (10^e grossesse, obs. 12) on dut pratiquer une hystérectomie.

Dans la règle il faut agir vite et s'abstenir d'enlever l'appendice, cette manœuvre risquant d'infecter l'abdomen dans une intervention qui doit être rapide et strictement aseptique.

Dans deux cas (obs. 4-10) à l'ouverture du péritoine, l'appendice enflammé était plaqué contre la trompe et accolé complètement à celle-ci, le chirurgien fit donc l'ablation des annexes malades ainsi que de l'appendice y adhérent ; celui-ci contient en effet du pus et est œdématié et en voie de perforation ; ayant eu bien soin de libérer des anses grêles et le côlon.

De même, dans un autre cas, la trompe a été simplement enlevée, et l'hystérectomie ne fut pas pratiquée bien que les annexes opposées eussent été précédemment enlevées (obs. n° 2) à cause de l'état précaire de la malade.

L'hystérectomie fundique fut pratiquée 2 fois, d'une part (obs. 6) pour grossesse extra-utérine rompue récemment du côté gauche, les annexes droites étant malades, on conserve seulement l'ovaire droit.

D'autre part (obs. 7) dans un cas d'un petit hémato-salpinx du côté droit et une grossesse extra-utérine rompue du côté gauche, les 2 trompes ainsi que la moitié supérieure du corps utérin et de l'ovaire gauche sont enlevées.

L'hystérectomie fundique n'est défendable que dans les

cas « à froid », non graves immédiatement et lorsqu'on se trouve en présence d'une malade jeune (29 et 31 ans) ayant un bon état général. C'est une intervention plus longue, plus compliquée; mais qui a l'avantage de conserver la menstruation chez les malades. L'opérée de l'obs. 7, revit ses règles 3 mois après, et depuis, elle est toujours bien réglée ne ressent aucune douleur et conserve un excellent état général. Cette méthode a donc l'avantage d'éviter aux malades les accidents parfois graves d'une ménopause anticipée.

Le drainage dans les formes généralisées est absolument à proscrire : on s'efforcera de vider le sang le plus complètement possible, étanchant le liquide épanché qui reflue des coupes diaphragmatiques quand on remet l'opérée en position horizontale ou même proclive mais à condition d'aller vite, de ne pas traumatiser les anses intestinales et de rester parfaitement aseptique.

Dans les formes enkystées, il faut vider les caillots, nettoyer la poche aux tampons montés ; on ne peut pas toujours « tout enlever » surtout dans les formes un peu anciennes, il n'y a *pas de plan de clivage* au niveau de la paroi de la poche et on devra se méfier des lésions intestino-rectales, l'hématocèle enkystée érodant, vrillant les tuniques rectales à la façon d'une tumeur.

Ce n'est qu'alors et seulement dans ces cas incomplètement évacuables que l'on sera parfois amené à drainer, le moins souvent possible il est vrai, par un drain et une mèche.

Dans l'observation n° 9 le drainage, bien que n'étant

pas de règle, a été pratiqué à cause de l'absence d'hémostase parfaitement rassurante, on se rend compte ainsi qu'étant employé à titre tout à fait exceptionnel il n'est pas fatalement néfaste.

Ce procédé a encore été employé avec succès dans l'observation 5 dans un cas d'infection manifeste et un milieu très septique, où alors les conditions changent totalement.

De même aussi au cours de l'hystérectomie fundique (obs. 7) on mit en place un drain et une mèche, ainsi que (obs. 10) dans un cas de double hydrosalpinx avec hématocele du Douglas consécutive à un avortement tubaire, où l'on pratiqua une hystérectomie abdominale subtotale par hémisection en même temps qu'une appendicectomie, l'appendice présentant des lésions anciennes et adhérant à un foyer cartonné où tout clivage était impossible.

Pas une seule fois enfin, au cours de ces interventions il n'a été procédé au tamponnement à la Mickulicz qui est complètement à rejeter, sauf dans des cas exceptionnels.

Dans tous les autres cas, comme l'a si bien montré le Pr Lecène dans son *Traité de Thérapeutique chirurgicale* il a été procédé à l'exérèse de la trompe jusque dans l'épaisseur de la corne utérine, jusqu'à l'ostium utérinum, surtout dans les formes interstitielles ou isthmiques internes, par une *excision cunéenne* au bistouri ou au *thermocautère* après *ligature soignée préalable du pédicule utérin au dessous de la corne utérine* ; une fermeture du moignon et une péritonisation exacte n'en seront que

plus faciles, les dangers d'infection n'en seront que moindres. En opérant de cette manière prudente on évite ainsi des récidives possibles de grossesses extra-utérines sur un moignon de trompe excisé incomplètement auparavant pour cette lésion.

Au sujet des récidives de grossesse ectopique après castration unilatérale, le Pr Lecène déclare : « Les récidives ne sont pas rares, d'après Smith et Diétrich la moyenne des récidives sur plus de 4000 cas a été de 5 %. Dans les 10 cas cités nous avons une récidive après castration unilatérale (obs. 2) ».

Quant à la fréquence des grossesses normales après opération pour grossesse ectopique : « un groupe de 615 observations suivies a donné 175 grossesses normales après castration unilatérale pour grossesse extra-utérine, soit une proportion de 30 % environ », nous avons 2 cas sur 30 de développement de grossesse normale après l'intervention pour grossesse extra-utérine.

« Dans ces conditions il ne semble pas douteux que la conservation des annexes du côté opposé au côté malade, s'impose, si elles paraissent au point de vue macroscopique saines, puisque le pourcentage des grossesses normales est 6 fois plus élevé que celui des récidives ». Nos constatations ne font que confirmer d'une manière absolue cette opinion.

Quant aux suites opératoires éloignées concernant les cas publiés, nous n'avons à enregistrer que d'excellents résultats, les opérées ont retrouvé un excellent état général et non plus aucune trace douloureuse de

l'accident ; elles ont repris leurs occupations sans ressentir la moindre fatigue ni la moindre douleur — certaines d'entre elles (obs. 1-2-7) revirent leur règles dans les 2 mois qui suivirent l'intervention et les revoient encore (obs. 1-7) ou bien les ont revues pendant 2 ans et disparurent ensuite (obs. 2).

« A l'heure actuelle les malades en effet ne meurent plus d'infection post-opératoire surtout si l'on prend le soin de réduire au minimum le drainage du péritoine ; on peut observer la mort par anémie aiguë grave, les embolies pulmonaires et les infections secondaires exogènes par drainage mal fait, ou bien endogènes d'origine intestinale. C'est en somme une lésion intestinale, passée inaperçue au cours d'une décortication d'hématocèle ou encore une infection intestinale sans ouverture de l'intestin dans certaines vieilles hématoécèles qui a déterminé l'issue fatale de cette intervention.

OBSERVATIONS

Nous ne publions pas toutes les 30 observations de la série. Toutes ont été guéries et sont actuellement en bon état, mais beaucoup sont absolument banales, la moitié environ n'a pu être retrouvée. Nous avons donc préféré faire un choix et ne retenir que celles qui présentent un intérêt réel autant qu'instructif par un point de leur histoire clinique ou de leur traitement.

Obs. 1. — (Service LEJARS. Hôpital Saint-Antoine).
Docteur BRAINE.

Madame A..., âgée de 38 ans, entre à l'Hôpital Saint-Antoine avec le diagnostic de salpingite double. On place le malade en observation pendant 8 jours, pendant lesquels elle présente des hémorragies internes qui se font au-dessus de la collation enkystée, en péritoine libre.

Opération. — 29 mars 1922. On pratique une laparotomie médiane sous ombilicale et on trouve du sang dans l'abdomen ainsi qu'une collection enkystée dans le douglas, rompue tardivement et formée de raisiné très adhérent aux anses grêles ; la trompe droite est

rompue. On *extraît un fœtus de 2 mois 1/2*. On fait une castration droite et *l'on referme sans drainage*. L'intervention fut faite à l'aide *de la rachianesthésie*. La malade sort guérie le 19 avril 1922.

Dans les antécédents : Nous relevons deux grossesses il y a 20 ans ; par contre nous ne notons aucune grossesse après l'opération, de plus aucun accident semblable n'est à signaler dans ses antécédents familiaux et personnels. *Les règles revinrent 2 mois après l'intervention* et depuis furent régulières.

Revue en avril 1928.

La malade dit avoir été soignée en ville pour quelques douleurs du côté gauche, elles durèrent 13 jours puis tout rentra dans l'ordre.

L'état général est excellent, *les règles toujours bien régulières*, on ne note *pas de grossesses consécutives*. Toucher vaginal négatif.

Obs. 2. — *Un cas de récurrence à 15 mois d'intervalle.* (Service LEJARS. Hôpital St-Antoine. Docteur BRAINE).

Madame M., âgée de 35 ans, entre à l'Hôpital Saint-Antoine le 6 novembre 1922 avec le diagnostic de *grossesse ectopique récidivée*. Brusquement à 2 heures du matin le 21 novembre 1922, la malade est prise de *douleurs syncopales* dans le bas-ventre, état général grave, pouls filant : 128. Sueurs froides, muqueuses et téguments décolorés ; la malade n'a pas vu ses règles depuis le 28 août 1922.

Cet état commande l'intervention d'urgence. Après anesthésie générale à l'éther, la laparotomie pratiquée

montré un kyste fœtal au niveau de la trompe droite à la hauteur du pavillon, on découvre un fœtus de 2 mois environ au milieu de caillots abondants. Il est rattaché au travers de la brèche tubaire au placenta encore en place dans la trompe rompue. Le cul-de-sac de Douglas est obstrué par des adhérences anciennes nées probablement à la première intervention.

On pratique une salpingectomie droite avec une résection cunéiforme de la trompe au thermocautère, l'ovaire et l'utérus sont laissés en place. On referme après péritonisation soignée par 3 plans sans drainage.

Antécédents : Une grossesse extra-utérine gauche opérée en août 1921 dans le service par le Dr Brocq, la malade sort guérie 15 jours après. 3 grossesses antérieures.

Revue en janvier 1923. — Elle présente un bon état général, sa cicatrice est solide et l'utérus indoloré.

En avril 1928. — Aucune grossesse depuis la 2^e intervention, aucune fausse couche. L'état général demeure excellent, aucune douleur dans le ventre même par station debout prolongée, aucune hémorragie, aucunes pertes leucorrhéiques. *Les règles* revinrent régulièrement pendant 2 ans après l'intervention puis par intermittence pendant 18 mois et depuis 2 ans ont complètement disparu. Dans les antécédents familiaux on ne retrouve aucun accident de ce genre.

Obs. 3. — (Service du P^r LECÈNE. Hôpital St-Louis. Dr BRAINE).

Madame L..., âgée de 28 ans, entre d'urgence à l'hô-

pital Saint-Louis le 25 janvier 1920 dans un état général très grave avec les grands signes d'une hémorragie interne : malade exsangue, pouls incomptable décoloration des muqueuses, refroidissement des extrémités, l'abdomen contracturé, non de bois, est très douloureux au palper.

Après anesthésie générale à l'éther on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale qui montre une inondation péritonéale, l'abdomen est rempli de sang liquide et de caillots d'une quantité environ d'un litre et demi.

On constate une rupture complète de la trompe gauche à l'union de l'isthme et du pavillon. C'est une grossesse de un mois au plus.

On procède à l'ablation de la trompe et de l'ovaire du côté gauche et on fait la suture des 2 pédicules ensemble.

Fermeture sans drainage en 2 plans.

Injection de sérum artificiel intra-veineux, huile camphrée, spartéine. La malade sort guérie 3 semaines après.

Revue :

Le 1^{er} décembre 1920. Bon état général. Quelques troubles digestifs. *Les règles sont revenues, régulières.*

Le 5 janvier 1922. Utérus un peu fixé. Dans le cul-de-sac droit on sent une masse annexielle.

Le 13 octobre 1925. N'a pas eu ses règles, rien d'anormal au toucher.

Obs. 4. — (*Coïncidence d'hématocèle et appendicite aiguë*). Service LARDENNOIS (Hospices des Ménages).
Intervention : Dr BRAINE.

Madame B..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital le 10-7-23 parce qu'elle se plaint de douleurs abdominales, un médecin consulté auparavant avait diagnostiqué une hématocèle avec salpingite.

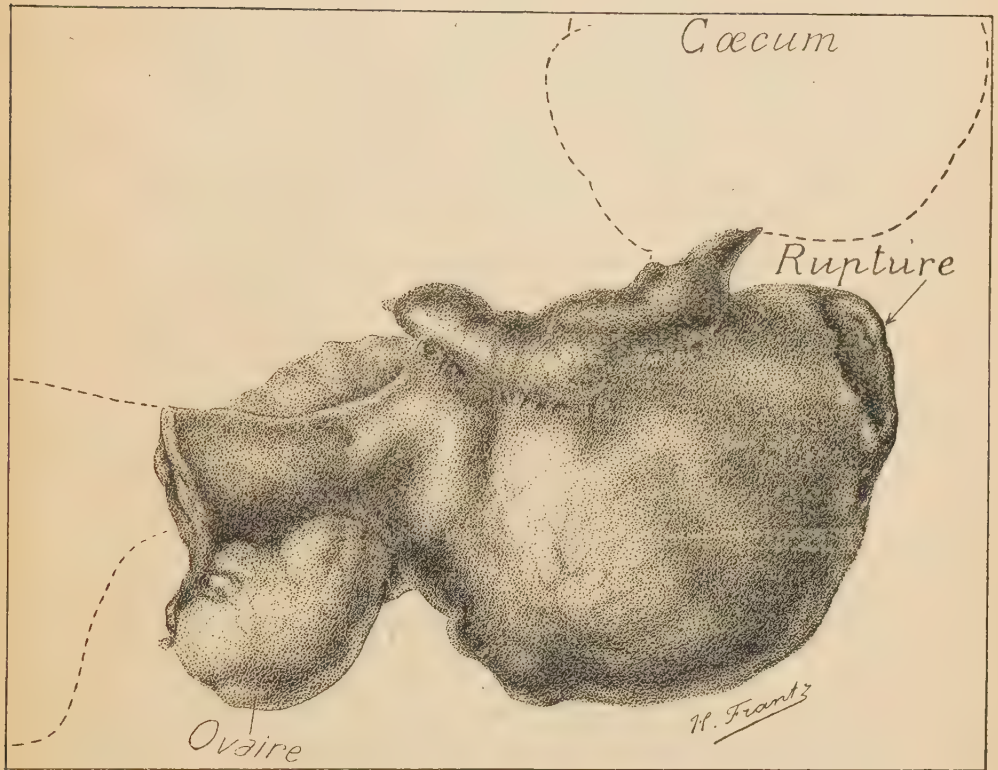
Après anesthésie à l'éther le Dr Braine procède à une laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen on tombe sur un énorme hématosalpinx du côté droit du volume d'une orange, rompu (évolution en 2 temps), mais très adhérent au rectum et à l'S iliaque et remontant en haut du cul-de sac de Douglas jusqu'au promontoire où elle adhérait fortement à 2 anses grêles. L'appendice enflammé était plaqué contre la trompe et accolé à celle-ci. Donc *appendicite aiguë + grossesse tubaire droite*. On fait l'ablation des annexes droites malades ainsi que de l'appendice en y adhérent, *en un seul bloc*, après libération soignée des anses grêles et du colon.

L'appendice contient du pus, est œdématisé et en voie de perforation. Appendicectomie sans enfouissement après ablation au thermocautère puis suture de la paroi sans drainage.

La malade sort guérie le 19-8-23.

Revue le 17-7-24. Excellent état local et général, cicatrice souple, la malade a seulement un peu de métrite du col.

(Ci-contre dessin d'après nature s'y rapportant).



Coïncidence d'une rupture de grosse ampullaire droite et d'une appendicite aiguë. L'appendice contenant un abcès à son intérieur fait intimement partie de la masse inflammatoire et a été extirpé en bloc avec elle.

Dessin exécuté d'après nature (Vue par la face postérieure)

Obs. 5. — (Service Mocquot, Hôpital Bichat. *Intervention* : Dr BRAINE).

(Cas de diagnostic parfois difficile entre une rupture de grossesse ectopique et interstitielle et une *perforation par manœuvres abortives de la corne utérine*).

Madame Th..., âgée de 39 ans, entre à l'hôpital Bichat le 24 février 1928 présentant un retard de règles d'environ 2 mois et des phénomènes abdominaux douloureux. Ces accidents ont débuté 3 jours avant son entrée. (Histoires de manœuvres abortives faites par la malade elle-même, à son admission, on la fait entrer dans un service de médecine, croyant à une intoxication par une *potion abortive*).

Examen. — Pouls à 120, très petit, filant, temp. 37°, faciès décoloré, refroidissement des extrémités, dyspnée, polypnée à 40. L'abdomen est ballonné avec contraction non de bois surtout de la région hypogastrique et de 2 fosses iliaques, matité dans les flancs.

Toucher. — Pas d'annexes, seulement un empatement douloureux des 3 culs-de-sacs latéraux et postérieur.

Opération. — Anesthésie générale à l'éther. On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale qui met à jour du sang libre en abondance environ 1 litre et demi avec quelques caillots libres. On ne reconnaît pas d'abord la cause de l'hémorragie : celle-ci est découverte au niveau de la corne utérine droite qui présente un petit mamelon vif, ulcéré et qui ne saigne plus.

Est-ce une grossesse tubaire au niveau de la corne

droite ou une perforation par instrument piquant introduit au cours de manœuvres abortives au travers de la corne utérine (l'examen histologique ne montre pas qu'il s'agisse sûrement de nidation dans la portion culminante de la trompe). On pratique l'exérèse au thermocautère de cette corne droite surjet au catgut, péritonisation parfaite, on referme la paroi en 3 plans sans drainage.

Le 9 mars 1928, une 2^e intervention est nécessitée par une désunion partielle de la paroi. Le péritoine est désuni vers le bas, la paroi a un aspect sphacélique et de la cavité abdominale se dégage une odeur infecte, les anses intestinales se présentent au-dessus ballonnées et agglutinées dans une péritonite plastique.

On place dans le Douglas un gros drain et 4 mèches. Il sort du Douglas de la sérosité louche mais pas de pus franc. 2 compresses sont mises en place pour maintenir l'intestin dans le ventre. On place 2 fils de bronze en un plan sur la paroi, péritoine non ouvert excepté. Ces fils sont placés dans des tissus sphacélés qui n'offrent aucune résistance. La malade sort guérie le 22 avril 1928.

Il est plus que probable étant donné les suites septiques de l'intervention qu'il s'agisse non d'une rupture de grossesse ectopique mais d'une perforation utérine criminelle.

On voit l'intérêt et la difficulté du diagnostic rétrospectif, mieux eût valu, dans un cas semblable, drainer, au lieu de fermer sans drainage comme c'est la règle en cas de rupture de grossesse tubaire en péritoine libre et non infecté, ce que nous pensions.

Obs. 6. — (*Un cas d'hystérectomie fundique*). — (Service J. L. FAURE, Hôpital Broca. D^r BRAINE).

Madame V... âgée de 29 ans, entre à l'hôpital Broca le 10 mars 1926, pour de petites pertes de sang à peu près continuelles pendant le mois de février et une douleur dans la fosse iliaque gauche, bien réglée auparavant ainsi que pendant le mois de janvier.

Une seule grossesse il y a 10 ans.

A l'examen on sent une masse annexielle latérale gauche molle, mal imitée et douloureuse. Le diagnostic d'hématocèle probable sans retard de règles est posé.

Opération : 17 mars 1926. — On pratique une *hystérectomie fundique*, pour grossesse extra-utérine rompue récemment du côté gauche. Les annexes droites sont malades. Les ovaires sont bas situés surtout le droit. Une petite collection de sang (raisiné) sort du flanc gauche de la cavité pelvienne. On conserve seulement l'ovaire droit.

On péritonise avec du péritoine vésical libéré et amené au dessus de la suture utérine fundique.

Revue : octobre 1928. — La malade présente un excellent état général ; elle ne ressent aucune douleur dans la région abdominale. Aucun signe d'éventration.

Aucune grossesse depuis l'intervention.

Les règles sont revenues le mois suivant l'opération sans souffrance, sont peu abondantes, durant 3 à 4 jours mais toujours régulières et en avance de 8 à 10 jours.

La grossesse extra-utérine était de 1 mois environ, la

malade perdit du sang pendant un mois environ et eut au cours de ce mois 2 crises aiguës avec douleurs très violentes ; c'est ce qui la décida à consulter et à se faire opérer.

Dans les 9 premiers mois qui suivirent l'intervention elle ressentit des douleurs dans la région lombaire et ces douleurs étaient exagérées par les fatigues, la station debout prolongée, du fait de ces douleurs, elle ne reprit son travail que le mois suivant et au début de la reprise, elle éprouva une douleur de l'ovaire droit qui peu à peu disparut.

Depuis ce temps son état de santé a été en s'améliorant progressivement et actuellement il ne persiste aucun trouble.

Obs. 7.^e — (*Un autre cas d'hystérectomie fundique*). — (Service J. L. FAURE, Hôpital Broca. D^r BRAINE).

Madame D..., âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Broca le 8 juillet 1926 pour un retard de règles de 12 jours au moins. Elle vit ses dernières règles le 26 mai 1926 puis elle eut du 10 au 20 juin de petites pertes de sang, enfin une crise douloureuse avec *douleurs syncopales* dans le bas ventre le 8 juillet. On pose le diagnostic d'hématocèle probable.

Opération : 18 juillet 1926. — Après laparotomie on tombe sur un *petit hématosalpinx* du côté droit de la *grosseur d'une mandarine* et une *grossesse extra-utérine rompue* du côté gauche. On pratique une *hystérectomie fundique*, l'ablation des 2 trompes, de la moitié supérieure corps utérin et de l'ovaire gauche. La tranche saigne

abondamment, on fait une suture en 2 plans de la tranche utérine et on fait un surjet vésico utérin de péritonisation. Mise en place d'un drain et de mèches. La malade sort guérie le 13 août 1926.

Antécédents. — Aucune grossesse antérieure ni fausse couche ; aucun antécédent familial de ce genre.

Revue : 2 septembre 1926. — Pas encore réglée (44^e jour) excellent état général et local.

12 mars 1927. — Les règles sont revenues le 3 octobre 1926 3 mois après l'intervention, régulières, non douloureuses, mais pas aussi abondantes qu'avant.

16 mai 1928. — Toujours bien réglée, durée 2 jours, non douloureuses. Bon état général et local. Aucune grossesse ni fausse couche depuis l'intervention.

Obs. 8. — (Service du Professeur LECÈNE. Hôpital St-Louis. D^r BRAINE).

Madame D... couturière, âgée de 24 ans, entre d'urgence à l'Hôpital St-Louis à 7 heures du soir le 25 juin 1920 pour douleurs abdominales très violentes dont le début remonte à 48 heures auparavant et dans un état syncopal. Ses dernières règles sont du 9 mai 1920. Ces douleurs très violentes, cet état syncopal font faire le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine nécessitant une intervention d'urgence.

Ayant anesthésié la malade à l'éther on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale qui permet de découvrir une hémorragie très abondante en péritoine libre avec de nombreux caillots noirâtres provenant de la rupture d'une grossesse extra-utérine du côté gauche

située dans la *portion interstitielle (intra-pariétale)* de la trompe au niveau de la corne utérine.

On procède à l'ablation des annexes du côté gauche : l'ovaire et la portion distale de la trompe sont absolument sains.

La grossesse rompue a le volume d'une noisette.

Les annexes droites sont vérifiées : saines.

La résection de la corne utérine gauche est faite par *incision eunéiforme au thermocautère* ; on referme la tranche en 2 plans de suture au catgut, points séparés, sur la corne utérine et on fait une péritonisation soignée et complète.

La paroi est refaite 1 surjet péritonéal au catgut, le reste en 1 plan avec des fils de bronze et cuivre. *Pas de drainage*, injection de sérum artificiel, 1 litre 1/2.

Sort guérie.

Obs. 9. — (Service J. L. FAURE. Hôpital Broca. D^r BRAINE).

Mademoiselle H..., âgée de 31 ans, entre à l'Hôpital Broca le 3 mai 1921. Le diagnostic d'hématocèle par avortement tubaire de la trompe droite est posé et confirmé par l'opération.

Intervention (7 mai 1921). — A l'ouverture de la cavité abdominale, on tombe sur une trompe droite dilatée, Le pavillon distendu a la grosseur d'un œuf de poule et est situé un peu en arrière et à droite de l'utérus. Un gros caillot organisé sort de la trompe et forme avec celle-ci une tumeur bilobée qui peut être énucléée

en entier. Les adhérences intestinales sont très lâches et facilement rompues.

La tumeur n'atteignait pas en bas le fond du Douglas mais n'en occupait que la moitié supérieure sur le dos de l'utérus. La pièce ouverte montre un œuf situé dans la trompe avec un *embryon de 3 centimètres de long*. On pratique l'ablation unilatérale droite des annexes et on place un drain à cause du suintement rétro-utérin.

La paroi est refermée en trois plans. Le drain n'est pas dans la règle, sauf comme ici à cause de l'absence d'hémostase parfaitement rassurante, dans une forme sans inondation.

Revue le 28 septembre 1921. Bon état général.

Obs. 10. — (Service J. L. FÂURE. Hôpital Broca Dr BRAINE).

Madame G..., âgée de 32 ans, entre à l'Hôpital Broca le 16 février 1921 parce qu'elle se plaint de douleurs abdominales.

A l'examen. — On constate que l'utérus est augmenté de volume, est dévié à gauche et présente un petit nodule fibromateux. *A droite* on sent une masse kystique qui paraît fixée à l'utérus. *A gauche* la palpation des annexes est douloureuse. La malade n'a pas de fièvre.

Intervention. — A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur un double hydrosalpinx avec hématocele du Douglas consécutive à un avortement tubaire. Le pavillon de la trompe droite est évasé et repose sur la

collection qui occupe tout le Douglas (collection hématique avec caillots noirs couleur raisiné). On pratique une *hystérectomie abdominale sub-totale par hémisection*, procédé qui ne doit être employé qu'*exceptionnellement* dans les cas difficiles, et on enlève les caillots. Comme le foyer semble aseptique : pas de drainage vaginal. On place un drain abdominal dans le Douglas et on fait une péritonisation complète après appendicectomie. Il y a en effet, là, coïncidence de lésions annexielles et de lésions de l'appendice adhérent au foyer. Le drain est retiré 48 heures après.

La malade sort guérie le 12 mars 1921.

Revue : le 26 mars 1924. — Bon état général. La cicatrice a bien tenu, pas de douleurs abdominales, sauf une légère douleur dans la fosse iliaque gauche. Les règles sont normales et régulières.

Le 30 juin 1927. — Excellent état général. Mais légers troubles vésicaux.

Obs. 11. — (Service LEJARS, Hôpital St-Antoine. D^r BRAINE).

Madame B... âgée de 24 ans, entre à l'hôpital St-Antoine le 10 mai 1922 pour un retard de règles de 2 mois et demi et *douleurs syncopales*.

A l'examen. — On constate la présence d'une tumeur latéro-utérine droite. La malade étant très *shokée* et présentant une température de 38° de fièvre, *quoique aseptique*, on décide d'intervenir d'urgence.

Intervention. — La laparotomie montre une grossesse extra-utérine de la trompe droite : *forme ampullaire*.

Du sang en moyenne abondance est épanché dans l'abdomen provenant de la grossesse tubaire rompue en péritoine libre.

La tumeur du volume d'un œuf de dinde est extirpée avec des ciseaux droits. On procède à une castration droite. Après péritonisation soignée, on refait la paroi en 3 plans sans drainage.

La malade sort guérie le 24 mai 1922.

Obs. 12. — (Due à l'obligeance de M. le D^r BRAINE).

Madame M..., âgée de 42 ans, ayant eu 9 grossesses dont 4 fausses couches, vient consulter pour un retard de règles de un mois et demi et des accidents durant déjà depuis 10 jours qui ont été pris dans une station thermale pour un avortement; là on lui fit d'ailleurs une tentative malheureuse de curettage qui fût suivie d'hémorragies internes et externes. La malade est très anémiée. A l'examen: utérus gros et rétroversé, la douleur est plus marquée du côté droit.

Opération le 20 septembre 1927. — On pratique une laparotomie médiane sous ombilicale qui met à jour une hématocele rétro-utérine enkystée avec inondation secondaire par *poussées successives* (rôle du curettage probable).

On trouve un gros foyer à contenu raisiné qui après sous-évacuation, *laisse les doutes sur le côté point de départ.*

On note un suintement sanguin au niveau de 2 ovaires et 2 trompes englobées dans la masse ce qui rend toute hémostase précaire en dehors d'une hystérectomie.

On fait une hystérectomie abdominale supravaginale suivie d'un nettoyage très attentif du pelvis en retirant les débris de la poche aux tampons montés. Péritonisation soignée. On pratique en outre une appendicectomie (l'appendice étant malade et ayant occasionné des crises antérieures manifestes). Pas de drainage. Suites parfaites. La malade sort guérie le 10 octobre 1927.

Revue août 1928. — Etats général et local excellents, peu de signes d'insuffisance ovarienne.

Obs. 13. — (*Un cas de grossesse interstitielle rompue*). (Service J. L. FAURE, Hôpital Broca. D^r BRAINE).

Madame M..., âgée de 31 ans, entre à l'hôpital Broca le 27 février 1926 avec le diagnostic d'hématocèle. On pratique le 28 février 1926 une laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il y a issue du sang. On tombe sur une hématocèle rétro et latéro-utérine droite. On débarrasse l'abdomen d'une partie des caillots qui l'emplissent, on peut évaluer la quantité du sang épanché à 3/4 de litre environ. La grossesse tubaire rompue siège à droite, d'ailleurs la trompe de ce côté est volumineuse.

On pratique une *amputation cunéiforme au thermocautère* de la corne utérine avec ablation de la trompe droite, après avoir lié le pédicule utéro-ovarien de ce côté. On repéritonise le moignon d'amputation et on ferme suivant la technique habituelle suture au catgut du coin utérin).

Les suites opératoires sont simples, la malade sort de l'hôpital complètement guérie le 28 mars 1926.

Obs. 14. — (Un autre cas de grossesse interstitielle (corne utérine) rompue). (Service LEJARS Hôpital Saint-Antoine, D^r BRAINE).

Madame G..., âgée de 32 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 29 octobre 1922 parce qu'elle a été prise brusquement la veille au soir de *douleurs syncopales* abdominales après un retard de règles de 23 jours. Depuis 5 à 6 jours la malade dit avoir eu de *petites pertes de sang*.

Son état général est grave. Les téguments et les muqueuses sont décolorées, le poulx est filiforme, incompressible, la température de 37°.

L'examen de cette malade conduit au diagnostic d'hématocèle avec inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire. L'intervention immédiate est décidée et on pratique une laparotomie.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve du sang dans tout le ventre d'une quantité de 1 litre et demi à 2 litres environ et l'on découvre une grossesse tubaire siégeant au voisinage de *la corne utérine gauche*. Le kyste fœtal a le volume d'une petite noix.

On procède à l'ablation de la trompe gauche par *incision cunéiforme*, poursuivie jusque dans la corne utérine et à droite d'un kyste mucoïde de l'ovaire pédiculé, du volume d'une grosse mandarine. La trompe droite est laissée en place avec peut-être quelques fragments de l'ovaire droit. On referme la paroi par 3 plans sans drainage. La malade sort guérie le 15^e jour, le 13 novembre 1922.

Antécédents. — Une fillette de 10 ans, pas d'autre grossesse; pas de fausse couche.

Obs. 15. — (Service LECÈNE. Hôpital Saint-Louis. Docteur BRAINE).

Madame S..., âgée de 31 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans un service voisin, pour douleurs abdominales et un retard de règles de 15 jours. *Des touchers successifs pratiqués au cours de l'examen semblent avoir précipité les accidents.*

Son état général gravement atteint, on décide d'intervenir d'urgence, la malade présente en effet un facies décoloré et son pouls est incomptable.

Intervention le 26 août 1920. — Après anesthésie générale à l'éther on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale qui met à découvert une hématocele abondante en péritoine libre provenant d'un *avortement tubaire du côté gauche.*

On procède à l'ablation de l'ovaire gauche ainsi que de la trompe correspondante à l'aide d'une incision cunéiforme au thermocautère. On péritonise avec soin le moignon. Les annexes droites ainsi que l'appendice vérifiés sains sont laissés en place.

La paroi est refaite en un plan à l'aide de fils de bronze.

Suites immédiates excellentes.

Intérêt. — Les touchers brutaux et multipliés semblent avoir été responsables de la précipitation et de l'aggravation des accidents hémorragiques.

On ne saurait être trop discret dans les explorations en pareil cas.

CONCLUSIONS

Nous n'avons pas la prétention de revenir sur des données essentielles actuellement bien établies du traitement chirurgical des accidents liés à l'interruption des grossesses ectopiques ; mais il nous a paru intéressant de relever les constatations cliniques et opératoires d'une *série homogène de 30 cas* opérés consécutivement au hasard du service de garde, dans les Hôpitaux de Paris, par le même chirurgien.

Sur ces 30 cas, l'âge moyen était de 28 ans, le nombre des grossesses antérieures, environ de 2, sauf pour une (obs. n° 12) qui en avait eu 9.

Le début syncopal des accidents a été presque constant. On a rencontré 3 cas de grossesses interstitielles (obs. n° 13-14). (Portion initiale trans-utérine de la trompe). Un cas fut de *diagnostic opératoire difficile* : il s'agissait probablement d'une perforation criminelle par manœuvres abortives de la corne utérine (obs. n° 5). Tous ces cas ont guéri, 2 fois une *hystérectomie* fut nécessaire pour assurer correctement l'hémostase 1 cas chez une femme à sa 10^e grossesse (obs. n° 12) une *hystérectomie fundique* fut pratiquée 2 fois à cause de l'âge

de la malade, de la disposition des lésions et de la non gravité de l'état général (obs. n° 6-7).

Les suites ont été favorables et les règles ont réapparu précocement (2^e et 3^e mois).

2 cas dont un avec suppuration intra-appendiculaire nous ont montré une coïncidence évidente avec une appendicite aiguë (obs. n°s 4-10).

On note dans un cas une récurrence du côté opposé. 1 an après la 1^{re} intervention) et chez deux opérées l'existence d'une grossesse normale ultérieure.

Tous ces cas ont guéri.

Le *drainage* a été dans la règle, *proscrit* dans les cas d'inondation intra-péritonéale.

L'*excision cunéiforme* de la trompe a paru au Docteur Braine, comme à son maître le P^r Lecène, d'excellente pratique dans les variétés internes.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

